



TEXAS DEPARTMENT OF STATE HEALTH SERVICES

PAUTAS DEL PROGRAMA DE TEXAS PARA MEDICAMENTOS CONTRA EL VIH

Última actualización: 1 de abril de 2007

ANTECEDENTES. El Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS) ha recibido fondos para ayudar a recuperar los costos de los medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA) para el tratamiento de la infección del VIH. Este programa está disponible a todas las personas indigentes que están infectadas con el VIH y llenan los requisitos, y ofrecerá lo siguiente:

MEDICAMENTOS DE PRIORIDAD 1 Y SUS CRITERIOS

Opciones antiretrovirales: se permite un máximo de cuatro (4) de los siguientes medicamentos:

(1) Análogos nucleósidos inhibidores de la transcriptasa reversa (RTI)

zidovudina (AZT, Retrovir)
didanosina (DDI, Videx)
stavudina (D4T, Zerit)
lamivudina (3TC, Epivir)
Combivir (AZT 300mg/3TC 150mg) [cuenta como dos (2) medicamentos]
abacavir (Ziagen)
Trizivir (AZT 300mg/3TC 150mg/Ziagen 300mg) [cuenta como tres (3) medicamentos]
emtricitabina (Emtriva)
Truvada (Emtriva/Viread) [cuenta como dos (2) medicamentos]
Epicom (3TC 300mg/Ziagen 600mg) [cuenta como dos (2) medicamentos]

(2) Análogos no nucleósidos inhibidores de la transcriptasa reversa (NNRTI)

nevirapina (Viramune)
delavirdina (Rescriptor)
efavirenz (Sustiva)

(3) Inhibidores de proteasa (PI)

invirase (Saquinavir)
ritonavir (Norvir)
indinavir (Crixivan)
mesilato de nelfinavir (Viracept)
lopinavir/ritonavir (Kaletra)
atazanavir (Reyataz)
fosamprenavir (Lexiva)
tipranavir (Aptivus)
darunavir (Prezista)

(4) Régimen de una sola tableta/pastilla

Atripla (Sustiva/Truvada) [cuenta como tres (3) medicamentos]

(5) Análogos nucleótidos inhibidores de la transcriptasa reversa (NRTI)

tenofovir (Viread)

(6) Inhibidores de entrada

enfuvirtida (Fuzeon)

Criterios para antiretrovirales: la persona tiene que tener un diagnóstico de infección del VIH y dar informes sobre la cuenta total actual de linfocitos CD4+ y la carga viral del RNA del plasma al Programa de Texas para Medicamentos Contra el VIH antes de recibir los medicamentos.

Los bebés recién nacidos y las mujeres embarazadas tienen prioridad en el programa.

(7) sulfametoxazole-trimetoprim (SMZ-TMP), pentamidine (aerosol), dapsona o trimetoprim. Diagnóstico de infección del VIH y cuenta de células CD4 menor o igual a 200, o diagnóstico de infección del VIH y síntomas constitucionales como aftas o fiebre de más de 100 grados Fahrenheit sin explicación por más de dos semanas; niños menores de 13 años con indicadores clínicos de ACGT. Favor de observar: también hay disponible pentamidina intravenosa para el VIH, pero sólo se aprobará para personas menores de 13 años.

MEDICAMENTOS DE PRIORIDAD 2 Y SUS CRITERIOS

- (8) acyclovir.** Diagnóstico de infección del VIH e infecciones herpéticas agudas o crónicas.
- (9) fluconazole.** Diagnóstico de infección del VIH y meningitis criptocócica o candidiasis esofágica.
- (10) itraconazole, en suspensión (Sporanox Susp.).** Diagnóstico de infección del VIH y candidiasis esofágica.
- (11) itraconazole, cápsulas (Sporanox caps.).** Diagnóstico de infección del VIH y de histoplasmosis o blastomycosis.
- (12) claritromicina.** Diagnóstico de infección del VIH y diagnóstico previo o actual de Complejo Mycobacterium Avium (MAC).
- (13) azitromicina.** Diagnóstico de infección del VIH y diagnóstico previo o actual de MAC, e ineficacia o intolerancia de la terapia con Claritromicina.
- (14) etambutol.** Diagnóstico de infección del VIH y diagnóstico previo o actual de MAC.
- (15) ganciclovir IV.** Infección del VIH y enfermedad del citomegalovirus (CMV), que ha ocasionado retinitis o infecciones de otros órganos o sistemas de órganos importantes.
- (16) Valganciclovir (Valcyte).** Infección del VIH y enfermedad del citomegalovirus (CMV), que ha ocasionado retinitis o infecciones de otros órganos o sistemas de órganos importantes.
- (17) Rifabutin (Mycobutin).** Diagnóstico de infección del VIH y una cuenta de células CD4 de 100 ó menos.

MEDICAMENTOS DE PRIORIDAD 3 Y SUS CRITERIOS

- (18) acetato de megestrol.** Diagnóstico de SIDA y cachexia o anorexia con pérdida de peso profunda, involuntaria y aguda igual o mayor que el 10% del peso corporal base o pérdida de peso crónica igual o mayor que el 20% del peso corporal base
- (19) atovacuone (Mepron).** Diagnóstico de infección del VIH y neumonía por neumocistis carinii (PCP) aguda, de leve a moderada, e intolerancia a Sulfametoxazole-Trimetoprim (SMZ-TMP).
- ***NOTA*** Debido a los muchos problemas con la disponibilidad de los productos, comuníquese directamente con el THMP si desea solicitar y obtener los siguientes medicamentos:
- (20) Interferon-Alfa.** Diagnóstico de infección del VIH y sarcoma de Kaposi diseminado con una cuenta de células CD4 de menos de 200.
- (21) Amfotericina B.** Diagnóstico de infección del VIH e infecciones micóticas diseminadas progresivas y potencialmente fatales.
- (22) Globulina inmune intravenosa (humana) (IVGG).** Diagnóstico de infección del VIH y menor de 18 años.

PERSONAS QUE LLENAN LOS REQUISITOS. Cualquier residente de Texas que:

- (1) tiene un diagnóstico de enfermedad del VIH y cumple con los criterios de elegibilidad específicos del medicamento para uno o más de los medicamentos anotados anteriormente y;
- (2) está bajo el cuidado de un doctor con licencia de Texas que receta los medicamentos y;
- (3) cumple con los criterios económicos de elegibilidad del programa.

CRITERIOS ECONÓMICOS DE ELEGIBILIDAD. Una persona llena los requisitos económicamente si:

- (1) no tiene cobertura actualmente para los medicamentos bajo el Programa de Medicaid de Texas, o ha usado sus beneficios de farmacia de Medicaid de todo el mes y;
- (2) no tiene cobertura para los medicamentos por parte de algún tercero y;
- (3) sus ingresos brutos ajustados, combinados con los de su cónyuge, no exceden el 200% de las pautas actuales del nivel federal de pobreza (como se indica a continuación). El DSHS determinará si la persona satisface los criterios a partir de la información presentada por la persona en la solicitud del programa.

Si la demanda de los medicamentos de prioridad 1 aumenta más allá de la capacidad del presupuesto para continuar ofreciendo los medicamentos en la lista, el programa comenzará a eliminar los medicamentos de prioridad 3 y luego de prioridad 2, según sea necesario. El programa no dejará de comprar los medicamentos de prioridad 2 y 3 repentinamente. El proceso será gradual para dar a las personas que actualmente toman medicamentos de prioridad 2 y 3 la oportunidad de buscar otros programas que puedan proporcionar estos medicamentos. Proporcionar los medicamentos de acuerdo con su prioridad servirá como el control del presupuesto para comprar todos los medicamentos de la lista.

REQUISITOS DE INGRESOS, basados en el 200% de las pautas del nivel federal de pobreza de 2006.

Si el número de personas en la unidad familiar es:

sus ingresos brutos anuales no pueden exceder:

1	\$19,600
2	\$26,400
3	\$33,200
4	\$40,000
5	\$46,800
más de 5	\$ 6,800 por cada persona adicional

PARA OBTENER LA SOLICITUD. Para pedir un paquete de solicitud que contiene las instrucciones y todas las formas necesarias, puede llamar gratis al 1-800-255-1090, descargar las formas del sitio web www.dshs.state.tx.us/hivstd/meds o puede escribir a:

Texas Department of State Health Services
Texas HIV Medication Program
1100 West 49th Street
Austin, Texas 78756

ATTN: MSJA

DEFINICIÓN DE FAMILIA Y UNIDAD FAMILIAR PARA DETERMINAR EL NÚMERO DE PERSONAS Y SUS INGRESOS. Los familiares cuyos ingresos se consideran son el solicitante y su cónyuge (o cónyuge en unión libre), si es aplicable. Para niños menores de edad, se consideran los ingresos de los padres. (Estas personas tienen que vivir en la misma unidad familiar). Para determinar el número de personas en la unidad familiar, se debe incluir al solicitante, a su cónyuge y a sus hijos dependientes. Un hijo dependiente es un niño menor de 18 años que es el hijo biológico o adoptivo o el hijastro del solicitante. Un solicitante menor es una persona menor de 18 años que vive con sus padres.

NIÑOS BAJO CUIDADO TEMPORAL. En casos en los que una agencia de bienestar pública es legalmente responsable del niño y el hogar temporal es, de hecho, una extensión de la agencia de bienestar pública, el niño bajo cuidado temporal es considerado como una unidad familiar de una persona. Por lo tanto, si los ingresos del niño bajo cuidado temporal no sobrepasan las normas de ingresos, el niño cumplirá con los criterios de ingresos.

DOCUMENTACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD ECONÓMICA. El solicitante tiene que documentar sus ingresos en la solicitud, y dar pruebas de los ingresos mediante talones de cheques de paga, formas W-2, copias de cartas de concesión de beneficios. Si declara que no tiene ningún ingreso, tiene que llenar la forma de verificación de ingresos junto con una carta de explicación firmada por el solicitante que explique cuándo y dónde estuvo empleado por última vez y cómo puede vivir sin ningún ingreso o asistencia económica.

DOCUMENTACIÓN DE ELEGIBILIDAD MÉDICA. Todas las solicitudes de nuevos clientes se deben enviar por correo al programa. El doctor del paciente tiene que enviar las formas de certificación médica para todos los cambios de medicamentos. Las formas de certificación médica se deben enviar por fax solamente si el cliente tiene necesidad inmediata de cambios a su lista de medicamentos aprobados para no interrumpir su progreso en la terapia antiretroviral combinada.

DETERMINACIÓN INICIAL DE LA ELEGIBILIDAD ECONÓMICA. Usando los precios actuales de descuento del Servicio de Salud Pública, el DSHS calculará el costo anual de los medicamentos en la lista del programa aprobados por el doctor del solicitante, y restará esa cantidad de sus ingresos brutos anuales. Si los ingresos brutos ajustados del solicitante al momento de hacer la solicitud están por debajo de las pautas, llenará los requisitos de elegibilidad económica. Si los ingresos están por encima de las pautas, no llenará los requisitos de elegibilidad económica. Se le debe decir al solicitante que pida una reconsideración si su situación respecto a los ingresos cambia de manera que esté dentro de los parámetros del programa.

CONFIDENCIALIDAD. El DSHS considera la información de la solicitud como parte de los expedientes médicos del solicitante y es confidencial de acuerdo con la ley. No se divulgará ninguna información que pueda identificar al solicitante excepto como lo autorice la ley. Dentro del DSHS, existen controles administrativos y de seguridad física para asegurar la confidencialidad de las solicitudes y demás medios en que se puede identificar a la persona. Los solicitantes deben entender que sus doctores y farmacéuticos también estarán enterados de su diagnóstico.

PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS. El programa proporcionará los siguientes medicamentos cada mes:

CANTIDADES MÁXIMAS Y CONCENTRACIONES DE LOS MEDICAMENTOS DE PRIORIDAD 1

- (1) Un máximo de 400 cápsulas de 100 mg de zidovudina (AZT, Retrovir) - #100/frasco, o
Un máximo de 60 tabletas de 300 mg de zidovudina (AZT, Retrovir) - #60/frasco;
 - La suspensión de zidovudina está disponible en frascos de 10 mg/ml, 240 ml (8 oz), máximo 8 frascos.
 - La zidovudina intravenosa está disponible en ampollas de 10 mg/ml, 2 ml, máximo 20 ampollas.
- (2) Un máximo de 30 cápsulas de capa entérica de didanosina (Videx EC) - #30/frasco;
 - Las dosis disponibles son cápsulas de capa entérica de 125 mg, 200 mg, 250 mg ó 400 mg; ó 2 gm ó 4 gm de polvo pediátrico (4 unidades máx. de polvo pediátrico).
- (3) ~~Un máximo de 100 tabletas de zalcitabina (DDC, Hivid) - #100/frasco;~~
~~• Las dosis disponibles son tabletas de 0.375mg ó 0.750 mg.~~
- (4) Un máximo de 60 cápsulas de stavudina (D4T, Zerit) - #60/frasco;
 - Las dosis disponibles son cápsulas de 15 mg, 20 mg, 30 mg ó 40 mg.
 - La suspensión de Stavudina está disponible en frascos de 1 mg/ml, 200 ml (6.67 oz), máximo 12 frascos.
- (5) Un máximo de 60 cápsulas de 150 mg de lamivudina (3TC, Epivir) - #60/frasco, o
Un máximo de 30 tabletas de 300 mg de lamivudina (3TC, Epivir) - #30/frasco;
 - La suspensión de lamivudina está disponible en frascos de 10 mg/ml, 240 ml (8 oz), máximo 4 frascos.
- (6) Un máximo de 60 tabletas de Combivir (AZT 300 mg/3TC 150 mg) - #60/frasco;
- (7) Un máximo de 60 tabletas de 300 mg de abacavir (Ziagen) - #60/frasco;
 - La suspensión de abacavir está disponible en frascos de 20 mg/ml, 240 ml (8 oz), máximo 4 frascos.
- (8) Un máximo de 60 tabletas de Trizivir (AZT 300mg/3TC 150mg/Ziagen 300mg) - #60/frasco;
- (9) Un máximo de 30 cápsulas de 200 mg de emtricitabina (Emtriva) - #30/frasco;
- (10) Un máximo de 30 tabletas de Truvada (Viread 300 mg/Emtriva 200 mg) - #30/frasco;
- (11) Un máximo de 30 tabletas de Epzicom (Epivir 300 mg/Ziagen 600 mg) - #30/frasco;
- (12) Un máximo de 270 tabletas de 200 mg de invirase (Saquinavir) - #270/frasco; o
Un máximo de 120 tabletas de 200 mg de invirase (Saquinavir) - #120/frasco;
- (13) Un máximo de 360 gelcaps de 100 mg de ritonavir (Norvir) - #120/frasco, o
Un máximo de 60 gelcaps de 100 mg de ritonavir (Norvir) - #30/frasco
 - La suspensión de ritonavir está disponible en frascos de 80 mg/ml, 240 ml (8 oz), máximo 2 frascos.
- (14) Un máximo de 360 cápsulas de 200 mg de indinavir (Crixivan) - #360/frasco, o
Un máximo de 270 cápsulas de 333 mg de indinavir (Crixivan) - #135/frasco, o
Un máximo de 180 cápsulas de 400 mg de indinavir (Crixivan) - #180/frasco;
- (15) Un máximo de 300 tabletas de 250 mg de mesilato de nelfinavir (Viracept) - #300/frasco, o
Un máximo de 120 tabletas de 625 mg de mesilato de nelfinavir (Viracept) - #120/frasco;
 - El nelfinavir en polvo oral está disponible en frascos de 50 mg/gm, 144 gm para uso pediátrico, máximo 12 frascos.

- (16) ~~Un máximo de 960 cápsulas de 50 mg de amprenavir (Agenerase) - #480/frasco;~~
~~• La suspensión de amprenavir está disponible en frascos de 15 mg/ml, 240 ml (8 oz), máximo 10 frascos para uso pediátrico, 24 frascos para adultos.~~
- (17) Un máximo de 120 tabletas de 200 mg/50 mg de lopinavir/ritonavir (Kaletra) - #120/frasco;
 • La suspensión de kaletra está disponible en frascos de 400 mg/100 mg/5 ml, 160 ml para uso pediátrico, máximo 2 frascos.
- (18) Un máximo de 60 cápsulas de atazanavir (Reyataz) - #60/frasco;
 • Las dosis disponibles son cápsulas de 100 mg, 150 mg ó 200 mg.
- (19) Un máximo de 60 tabletas de fosamprenavir (Lexiva) - #60/frasco, en la dosis reforzada recomendada (un frasco por mes, para tomar con una dosis baja de ritonavir como un antiretroviral adicional). Para dosis sin refuerzo, se exige una consulta con el doctor del THMP (dos frascos por mes, para tomar sin una dosis baja de ritonavir).
- (20) Un máximo de 120 cápsulas de tipranavir (Aptivus) - #120/frasco;
 Si el THMP provee Aptivus, el Norvir usado para aumentar los niveles en la sangre del Aptivus debe ser obtenido por la compañía de Abbott PAP (programa de asistencia para pacientes).
- (21) Un máximo de 120 tabletas de 300 mg de darunavir (Prezista) - #120/frasco;
- (22) Un máximo de 30 tabletas de Atripla (Sustiva 600 mg/Emtriva 200/Viread 300 mg) - #30/frasco;
- (23) Un máximo de 60 tabletas de 200 mg de nevirapina (Viramune) - #60/frasco;
 • La suspensión de nevirapina está disponible en frascos de 50 mg/5ml, 240 ml, máximo 12 frascos.
- (24) Un máximo de 180 cápsulas de 200 mg de delavirdina (Rescriptor) - #180/frasco;
- (25) Un máximo de 30 tabletas de 600 mg de efavirenz (Sustiva) - #30/frasco, o
 Un máximo de 90 cápsulas de 200 mg de efavirenz (Sustiva) - #90/frasco, o
 Un máximo de 90 cápsulas de 100 mg de efavirenz (Sustiva) - #30/frasco, o
 Un máximo de 90 cápsulas de 50 mg de efavirenz (Sustiva) - #30/frasco;
- (26) Un máximo de 30 tabletas de 300 mg de tenofovir (Viread) - #30/frasco;
- (27) Un máximo de 1 estuche de 90 mg de enfuvirtida (Fuzeon) - #60 ampolletas/estuche;
- (28) Un máximo de 200 tabletas de 800 mg y 160 mg de SMZ y TMP DS - #100/frasco;
 • La suspensión de SMZ-TMP está disponible en frascos de 200 mg/40 mg/5ml, 473 ml (1 pinta), máximo 2 frascos.
- (29) Un máximo de 100 tabletas de dapsona - #100/frasco;
 • Las dosis disponibles son tabletas de 25 mg ó 100 mg.
- (30) Un máximo de 1 ampolleta de 300 mg de pentamidina en aerosol (Nebupent) - 1 ampolleta;
 • El DSHS proporcionará una receta de SMZ-TMP DS, dapsona o pentamidina cada mes.
- (31) Un máximo de 100 tabletas de 200 mg de trimetoprim - #100/frasco;

CANTIDADES MÁXIMAS Y CONCENTRACIONES DE LOS MEDICAMENTOS DE PRIORIDAD 2

- (32) Un máximo de 200 cápsulas/tabletas de acyclovir - #100/frasco;
 • Las dosis disponibles son cápsulas de 200 mg, 400 mg o tabletas de 800 mg.
- (33) Un máximo de 60 tabletas de fluconazole - #30/frasco;
 • Las dosis disponibles son tabletas de 50 mg, 100 mg ó 200 mg.
- (34) Un máximo de 120 cápsulas de itraconazole (Sporanox) - #30/frasco;
 • La suspensión de itraconazole está disponible en frascos de 10 mg/ml, 150 ml (5 oz), máximo 2 frascos.
- (35) Un máximo de 60 tabletas de 500 mg de claritromicina - #60/frasco;
- (36) Un máximo de 60 tabletas de 250 mg de azitromicina - #30/frasco, o
 Un máximo de 30 tabletas de 600 mg de azitromicina - #30/frasco;
 • El DSHS proporciona claritromicina o azitromicina cada mes.
- (37) Un máximo de 100 tabletas de 400 mg de etambutol - #100/frasco;
- (38) Un máximo de 100 cápsulas de 150 mg de rifabutin (Mycobutin) por cada periodo de 7 semanas - #100/frasco;

- (39) Un máximo de 50 ampollitas de 500 mg de ganciclovir intravenosa (IV Cytovene);
- (40) Un máximo de 120 tabletas de 450 mg de valganciclovir (Valcyte) durante el primer mes de tratamiento, con un máximo de 60 tabletas cada mes siguiente - #60/frasco;
 - El DSHS proporciona ganciclovir o valganciclovir cada mes.

CANTIDADES MÁXIMAS Y CONCENTRACIONES DE LOS MEDICAMENTOS DE PRIORIDAD 3

- (41) Un máximo de 3 frascos de 40 mg/ml de suspensión de acetato de megestrol - 240ml/frasco;
- (42) Un máximo de 2 frascos de 750mg/5ml de suspensión de atovacuone (Mepron) por cada 21 días de terapia de tratamiento, después de **cada** diagnóstico de PCP - 210 ml/frasco;
- (43) Un máximo de 50 ampollitas de 18 mu interferon-alfa;
- (44) Un máximo de 50 ampollitas de 50 mg de amfotericina B;
- (45) Un máximo de 4 ampollitas de IVIG para uso pediátrico;
 - Las dosis disponibles son ampollitas de 2.5 mg y 5 mg.

Debido a los muchos problemas con la disponibilidad de los productos, comuníquese directamente con el THMP si desea solicitar y obtener los siguientes medicamentos: interferon-alfa, amfotericina-B o IVIG.

*****OBSERVE POR FAVOR: TODOS LOS MEDICAMENTOS DEBEN ENTREGARSE EN FRASCOS LLENOS. *****

PAGO DE UNA CUOTA DEL PACIENTE. Es posible que las personas que han sido aprobadas por el DSHS para recibir asistencia económica del programa y que no llenan los requisitos de Medicaid tengan que pagar a la farmacia participante una cuota de copago de \$5.00 por receta por cada suministro mensual al momento de la entrega del medicamento.

SOLICITANTES CON ELEGIBILIDAD DE MEDICAID. Los solicitantes que llenan los requisitos para recibir los beneficios de la asistencia de Medicaid tienen que usar primero los beneficios de farmacia de Medicaid antes de poder recibir medicamentos mediante el programa. A los solicitantes con elegibilidad de Medicaid se les asignará la farmacia más cercana para recibir los medicamentos. La farmacia no le cobrará al paciente el copago de \$5.00.

FARMACIAS PARTICIPANTES. El DSHS ha designado farmacias específicas por todo el estado para la entrega de medicamentos a los clientes aprobados del programa. Para garantizar la óptima seguridad física de los medicamentos y el control administrativo del programa, las personas aprobadas por el programa tendrán que obtener sus medicamentos por medio de la farmacia que se les ha asignado. Los clientes pueden llamar al programa en cualquier momento al 1-800-255-1090 ó al (512) 533-3000 para pedir que se les asigne una farmacia participante distinta. Si las opciones disponibles de farmacias asignadas presentan alguna dificultad para el paciente, éste tendrá que explicar al DSHS la razón de la dificultad. El solicitante tiene que incluir en la explicación el nombre, la dirección y la persona de contacto de la farmacia donde desea recibir sus medicamentos. Si la farmacia está dispuesta a participar en el programa, el DSHS entregará a dicha farmacia un acuerdo del programa para que lo llene y lo devuelva al Departamento.

PROCEDIMIENTO PARA RECIBIR MEDICAMENTOS. El paciente aprobado del programa recibirá recetas médicas escritas por su doctor para los medicamentos cubiertos por el programa, y las presentará en su farmacia asignada. También el doctor puede llamar a la farmacia o enviar las recetas por fax cada mes a nombre del paciente. La farmacia pedirá los medicamentos al programa utilizando el código asignado al paciente, y se los entregará al paciente cuando los reciba del proveedor farmacéutico.